

(宛先) 札幌市保健所長

## 廃業届

次のとおり営業を廃止したので、食品衛生法施行規則第71条の2の規定により届け出ます。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。(個人情報を除く。)  
申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の非公開とする項目の□欄にチェックしてください。

( 申請(届出)者氏名  申請(届出)者住所  営業施設名称、屋号又は商号  営業施設所在地  営業施設連絡先)

申請者・届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	申請者・届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)	(生年月日)	
申請者・届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名			年 月 日生
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	施設の所在地	
	(ふりがな)	施設の名称、屋号又は商号	
	自動車登録番号 ※自動車による営業の場合		
営業許可・届出業種	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類又は形態	備考
	1 札幌 許可(食)第 年 月 号 日		
	2 札幌 許可(食)第 年 月 号 日		
	3 札幌 許可(食)第 年 月 号 日		
	4 札幌 許可(食)第 年 月 号 日		
廃業年月日		年 月 日	
担当者	(ふりがな)	電話番号	
	担当者氏名		
備考			

- 許可営業の場合は、営業許可証を添付してください。
- 廃業の理由が営業者の死亡又は法人の解散による場合は、備考欄にその旨と廃業の届出者の氏名及び連絡先を記入してください。

備考 この様式により難しい場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

受付印

(所管外受付課)

(受付課)